

Ana Catarina Rodrigues Pereira

**Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: Do Caminho Feito ao Que Resta
Implementar/**

Pediatric Palliative Care in Portugal: From the Crossed Path to the One Left to Cross

março, 2018

FMUP

Ana Catarina Rodrigues Pereira

**Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: Do Caminho Feito ao Que Resta
Implementar/**

Pediatric Palliative Care in Portugal: From the Crossed Path to the One Left to Cross

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Pediatria

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutor Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida

Trabalho organizado de acordo com as normas da Revista:

Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

março, 2018

FMUP

Eu, Ana Catarina Rodrigues Pereira, abaixo assinado, nº mecanográfico 201200123, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2018

Assinatura conforme cartão de identificação:

Catarina Rodrigues

NOME

Ana Catarina Rodrigues Pereira

NÚMERO DE ESTUDANTE

201200123

E-MAIL

Catarina_Rz4@hotmail.com

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Pediatria

TÍTULO DISSERTAÇÃO/~~MONOGRAFIA~~ (riscar o que não interessa)

"Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: Do Caminho Feito ao Que Resta Implementar"

ORIENTADOR

Doutor Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida

COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 22/03/2018

Assinatura conforme cartão de identificação: Catarina Rodrigues

“Cuidado paliativo não é uma alternativa de tratamento, é sim uma parte complementar e vital de todo acompanhamento do paciente.”

Cicely Saunders

Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal:

Do Caminho Feito ao Que Resta Implementar

Ana Catarina Rodrigues¹; Filipe Nuno Almeida^{2,3}

1- Aluna do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

2- Professor Auxiliar de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

3- Diretor do Serviço de Humanização do Centro Hospitalar de São João, Porto, Portugal.

Correspondência:

Ana Catarina Rodrigues

Tel: 918061172

Correio electrónico: Catarina_Rz4@hotmail.com

Rua Dr Manuel Laranjeira, Nº138 – 1ºEsq.Traseiras
4200 – 384 Paranhos, Porto, Portugal

Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: Do Caminho Feito ao Que Resta Implementar

RESUMO

Objetivos: Cuidar de pessoas que se encontram no seu percurso final de vida é um processo complexo e exigente, requerendo aptidões, técnicas e humanas. O propósito deste trabalho surge da preocupação, enquanto profissional de saúde e cidadã, em cuidar do doente terminal, respeitando o seu direito a viver com dignidade até ao fim. Acredita-se ser relevantíssimo dar voz a um tema que aguarda apoios importantes para estruturar os Serviços em Portugal. Este trabalho visa ainda avaliar a evolução da implementação destes cuidados.

Tipo de estudo: Retrospetivo, descritivo e transversal.

Localização: Centro Hospitalar de São João (CHSJ) e Instituição “Acreditar”.

População: Profissionais de saúde do Serviço de Pediatria do CHSJ: médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo, bem como, um coordenador da Instituição “Acreditar”.

Métodos: Procedeu-se à implementação de um questionário a profissionais de saúde do Serviço de Pediatria do CHSJ com o objetivo de avaliar o impacto da formação em Cuidados Paliativos (CP) na capacidade assistencial. Realizou-se, ainda, uma entrevista a um coordenador da “Acreditar”.

Resultados: Verificou-se que o CHSJ ainda não tem uma unidade organizada de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), facto que aumenta a relevância deste trabalho. A maioria dos profissionais sente dificuldade em lidar com a morte, o que evidencia lacunas existentes ao nível da formação profissional, carências estas também evidenciadas na entrevista, onde se verificou a urgência em resolver a falta de apoio emocional/psicológico nas crianças/famílias e em elaborar planos de apoio às mesmas.

Conclusões: Concluiu-se que o conceito CPP se está a interiorizar nos profissionais de saúde, importando agora avançar-se para a criação de unidades especializadas e melhoria substancial da formação dos profissionais.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos Pediátricos | Criança Hospitalizada | Criança/Pais/Família | Formação Profissional Especializada | Apoios Multidisciplinares.

Tipologia de artigo: Investigação original

Pediatric Palliative Care in Portugal: From the Crossed Path to the One Left to Cross

ABSTRACT

Objectives: Taking care of people near the end of their lives is a complex and harrowing process that requires a range of skills, both technical and human. This study results from the concern of both, a health professional and a common citizen, in taking care of the terminal patients with dignity, respecting their right to life. We believe it is extremely important to address an issue that needs a valuable support to improve its Services in Portugal. Our goal is also to evaluate the development of the implementation of this type of care.

Type of study: Retrospective; descriptive and transversal.

Location: “São João” Hospital (CHSJ) and “Acreditar” Institution.

Population: Health professionals of the Pediatric Service of the CHSJ: doctors, nurses, social worker and psychologist, as well as a member of the “Acreditar” Institution.

Methods: We’ve applied a questionnaire to health professionals of the Pediatric Service of the CHSJ aiming to evaluate the impact of Palliative Care training on care capacity. We’ve also conducted an interview with a member of “Acreditar”.

Results: We found that the CHSJ has no organized unit of Pediatric Palliative Care, which increases the relevance of this study. Most professionals have difficulty in dealing with death, showing gaps in the professional training. The interview also revealed these gaps, making it urgent to solve the lack of emotional / psychological support in children / families and to plan for that support.

Conclusions: We've concluded that the Pediatric Palliative Care concept is gaining relevance among health professionals, leading to the creation of specialized units and to a substantial improvement in professional training.

Keywords: Pediatric Palliative Care | Hospitalized Child | Child / Parent / Family | Specialized Professional Training | Multidisciplinary Support.

INTRODUÇÃO

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, define Cuidados Paliativos (CP) como “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.”¹

A necessidade de implementação de CP no panorama assistencial é hoje consensual e tem merecido atenção crescente no Programa Nacional de Saúde nos últimos anos em Portugal.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi crucial para o incremento de programas de CP.²

Porém, os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) não tiveram o tratamento que se impunha, tendo Portugal, a par da Noruega, sido referenciado como o país da Europa Ocidental com menor provisão de CPP, ao não dispor de serviços organizados. Neste sentido, torna-se premente que em Portugal se conheça as necessidades paliativas das crianças e jovens e se desenvolva serviços que as apoiem a si e às suas famílias.³

Grupos como a Comissão de Cuidados Continuados e Paliativos da Sociedade Portuguesa de Pediatria⁴ e o Grupo de Apoio à Pediatria da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos têm contribuído para impulsionar a implementação dos CPP.⁵

Os CPP devem ser prestados por equipas multidisciplinares, pois cuidar do doente em fase terminal é uma tarefa difícil. Torna-se urgente satisfazer as suas necessidades: físicas, psíquicas, emocionais e/ou afetivas e espirituais, o que requer, para além dos conhecimentos técnico-científicos adequados, comprometimento, sensibilidade e facilidade de comunicação.

A arte de cuidar do outro assume duas componentes essenciais: a arte de cuidar a doença e a arte de cuidar o doente. A primeira centra-se na resposta às questões decorrentes da sua fisiopatologia. A segunda envolve,

para além disso, um conjunto de atitudes que se centram no respeito pela outra pessoa de forma a proporcionar um cuidar digno, humano e afetuoso.

Torna-se, pois, fundamental, que o doente se sinta seguro e confiante e não se sinta sozinho, entregue a si mesmo no seu percurso de final de vida.⁶

A participação dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas é um tema que tem vindo a ser indagado, destacando o hospital como um ambiente não familiar e que traz mudanças nos papéis parentais. A hospitalização de crianças constitui um evento em que há necessidade de maior comunicação, informação adequada e negociação de cuidados, havendo barreiras e facilidades para a participação dos pais. Os conhecimentos acerca das necessidades dos pais durante o acompanhamento da criança doente, em contexto hospitalar, permitem salientar o interesse e envolvimento dos pais nos cuidados de saúde em pediatria, contribuindo para a atenção à saúde qualificada e humanizada.

As políticas hospitalares têm vindo a sofrer alterações, refletindo uma mudança de atitude perante os pais, salientando e enaltecendo a sua presença durante o período de hospitalização da criança. Em Portugal, o acompanhamento familiar em internamento hospitalar já regulamentado, prevê que a criança internada em hospital/unidade de saúde tem o direito, reconhecido, também, na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, ao acompanhamento permanente dos pais ou de pessoa que os substitua.⁷⁻⁸

A hospitalização é um fenómeno gerador de stress e traumático para a criança e sua família, sendo caracterizada pela descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais entre os membros da família, pela mudança no padrão do papel desempenhado pelos pais, bem como pelo aumento do grau de dependência da criança doente e o aparecimento do sentimento de culpa e a ansiedade na família.

Em suma, a presença dos pais/família junto da criança hospitalizada é benéfica. Para a criança, há uma diminuição da ansiedade devido ao apoio emocional e ao sentimento de proteção, levando à consequente diminuição do tempo de internamento, do carácter agressivo da hospitalização e de perturbações após a alta.^{9,10} Para a família, desculpabiliza-os relativamente à doença e restaura a sua autoconfiança quanto à capacidade de cuidar da criança, diminuindo a sensação de impotência, uma vez que participam nos

cuidados a prestar-lhe.¹¹⁻¹² Além disso, estabelecem uma ligação com a equipa de saúde, passando a fazer parte integrante da equipa, com um objetivo comum: o restabelecimento da saúde da criança.¹³

Neste sentido, acredita-se ser de grande importância dar voz a um tema que aguarda apoios importantes para estruturar os Serviços de CPP em Portugal e, por isso, pretende-se com este trabalho avaliar a evolução da implementação deste nível de cuidados.

MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo, descritivo e transversal realizado em duas vertentes.

Numa primeira fase realizou-se um questionário a profissionais de saúde do Serviço de Pediatria do CHSJ: médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo.

O trabalho de investigação, com duração de dois meses e meio, foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHSJ/FMUP e inclui um questionário (em apêndice 1) que procura indagar o impacto da formação em CP na capacidade assistencial.

Os questionários foram endereçados via e-mail e a sua construção assegurou a anonimização que lhes é devida.

As respostas obtidas foram processadas em Excel e procedeu-se a análise quantitativa (frequências absolutas e relativas) dos dados.

Numa segunda fase, realizou-se uma entrevista a um coordenador da “Acreditar”, mediante guião da entrevista (em apêndice 2) onde se colocou questões relacionadas com o apoio familiar às crianças doentes necessitadas de CP.

RESULTADOS

I. Questionário a profissionais de saúde do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de São João

Solicitada a participação a 13 profissionais de saúde do Serviço de Pediatria, obtivemos resposta da totalidade (100% da população-alvo). A composição da amostra é assim dimensionada: 100% dos profissionais de saúde pertencem ao Serviço de Pediatria Médica, dos quais 30,8% exercem a sua profissão no Serviço de Hemato-oncologia Pediátrica, 7,7% em Cardiologia Pediátrica e 7,7% em Nutrição/Gastroenterologia Pediátrica, entre os quais 61,6% são médicos, 23% enfermeiros, 7,7% psicólogos e 7,7% assistentes sociais, sendo que a maioria (61,5%) situa-se no intervalo entre 41- 60 anos.

A totalidade dos inquiridos (100%) afirmou que na Instituição de Saúde onde trabalham não existe uma Unidade/Centro preparado para prestação específica CPP.

Relativamente à questão quatro, 53,8% afirmaram que frequentaram uma pós-graduação/especialização em CPP.

Quanto à frequência com que o tema CPP é abordado nas reuniões de serviço, 61,5% responderam que era abordado algumas vezes, 30,8% raramente e 7,7% nunca.

À questão seis, 61,5% afirmaram que existe um profissional que acompanha as crianças no espaço domiciliário contra 38,5% que indica que não existe.

Em relação à questão sete:

- A maioria (69,3%) concordou “totalmente” com a não existência de formação em CP durante o curso da sua formação, ao passo que 23% concordaram “frequentemente” e 7,7% discordaram;

- “Já senti dificuldades por falta de formação em CP”. Nesta questão, 30,7% concordaram “algumas vezes”. As respostas “concordo totalmente”, “frequentemente” e “discordo” partilham a mesma percentagem, 23,1%;

- Quando questionados sobre se consideram importante o apoio assistencial de peritos em CP, 46,2% concordaram “totalmente”, 30,7% concordaram “algumas vezes” e 23,1% concordaram “frequentemente”;
- À questão “Sinto-me empenhado na formação em CP”, 61,5% concordaram “totalmente”, 30,8% “frequentemente” e 7,7% “algumas vezes”;
- Dos respondentes, 69,2% concordaram “totalmente” em considerar importante a partilha de conhecimentos em CP e 30,8% concordaram “frequentemente”;
- Sobre se “Consideram importante a existência de modelos de aprendizagem em CP”, a maioria dos respondentes (84,6%) concordou “totalmente”, tendo apenas 7,7% concordado “frequentemente” e a mesma percentagem concordou “algumas vezes”;
- Sobre se “Considera importante a aprendizagem com profissionais mais experientes”, 76,9% concordaram “totalmente” e 23,1% “frequentemente”;
- Dos questionados, 38,5% responderam que concordavam “totalmente” com a necessidade de atualização contínua na área dos CP; a mesma percentagem concordou “frequentemente”, em contrapartida 23% concordaram apenas “algumas vezes”;
- À questão “Sinto necessidade de formação em estratégias de comunicação”, a percentagem de 38,5% foi partilhada pelas respostas, “concordo frequentemente” e “concordo algumas vezes”; 23% concordaram “totalmente”;
- Dos questionados, 38,5% concordaram “algumas vezes” com a necessidade de formação em transmissão de más notícias. A mesma percentagem, 23%, foi partilhada pelas respostas “concordo frequentemente” e “concordo totalmente”; 15, 5% discordaram;
- Quando questionados sobre se sentem necessidade de aprender a lidar com situações de elevada carga emocional, 30,7% concordaram “algumas vezes”; 23,1% dos questionados concordaram “totalmente”; a mesma percentagem é partilhada pelas respostas “concordo frequentemente” e “discordo”;
- Sobre se têm dificuldade em lidar com a morte, 38,5% concordaram “algumas vezes”; a percentagem de 23% foi partilhada pelas respostas “concordo frequentemente” e “discordo”; 15,5% concordaram “totalmente”;

- A maioria dos respondentes (84,6%) concordou “totalmente” em considerar o trabalho de equipa fundamental em CP e apenas 15,4% concordaram “frequentemente”;

- Em relação à afirmação “A filosofia dos CP iniciou um processo de mudança na prestação de cuidados de saúde”, 38,6% dos respondentes concordaram “frequentemente”; 30,7% concordaram “algumas vezes” com aquela afirmação; a mesma percentagem concordou “totalmente” com a afirmação supracitada;

- Quanto à questão “A formação em CP permite uma nova visão sobre a prestação de Cuidados”, 46,2% dos questionados concordou “totalmente” e a mesma percentagem concordou “frequentemente”; apenas 7,6% concordou “algumas vezes”;

- A maioria (76,9%) concordou “totalmente” com a afirmação “Os CP colocam em evidência a valorização do doente enquanto pessoa”; a percentagem remanescente concordou “frequentemente” com a afirmação atrás referida;

- Por fim, os questionados sobre se “É mais difícil cuidar sem o apoio de máquinas do que com o recurso à sua utilização”, 38,5% responderam que concordaram “algumas vezes”, 23% concordaram “totalmente” e 23% concordou “frequentemente”. Apenas 15,5% discordaram.

II. Entrevista realizada na Instituição “Acreditar”- Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro

1ª Parte

Formação académica: Licenciatura em Psicologia.

Formação profissional: Todo o meu percurso profissional foi sempre com crianças, sempre estive ligada a questões relacionadas com vulnerabilidade, crianças em risco,... De há 10 anos para cá, tenho feito o meu percurso profissional na Instituição “Acreditar”.

Tempo de Serviço: Cerca de 20 anos.

Tempo de Serviço (no serviço atual): 10 anos.

Função/Funções desempenhadas (no serviço atual): Coordeno o núcleo Norte da “Acreditar”.

Durante o curso geral que frequentou, teve aulas de cuidados paliativos?
Não.

E no curso de complemento de formação? Não.

Fez alguma formação no âmbito dos cuidados paliativos (formação em serviço, formação profissional, formação pós-graduada)? Sim.

Qual, ou quais? Formações promovidas pela Liga Portuguesa contra o Cancro ou pela Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos.

2ª Parte

1. Hoje em dia, fala-se muito em cuidados paliativos. Parece haver uma tendência para o aumento do número de atendimentos a estes doentes. Da sua experiência, como vê a forma da família se organizar no apoio ao doente?

Aquilo que nós sentimos é que a família não tem capacidade de se reorganizar sozinha. Para isso, teria de ter uma boa estrutura à volta dela, uma boa estrutura familiar, capacidades económicas... E a maior parte das famílias não reúne estas condições, pode ter uma boa estrutura familiar, mas depois falha na questão económica. Portanto, o acompanhamento se é feito ao domicílio, há

uma série de apoios que são importantes e que não existem porque a família não tem capacidades económicas para poder contratar um serviço especializado como, por exemplo, um serviço que vá a casa ajudar na higiene da criança ou que vá ajudar na própria organização da casa.

2. E no apoio ao cuidador principal?

É pior. Se a situação é difícil para a criança que está doente, do ponto de vista de lhe proporcionar todos os apoios necessários para obter uma boa qualidade de vida, muito mais o é em relação aos cuidadores, claramente. E realmente os cuidados paliativos contemplam esses cuidados ao cuidador... O próprio cuidador desvaloriza a necessidade do seu bem-estar, muitos destes cuidadores deixaram de se olhar ao espelho, de pensar “eu também preciso de estar bem para conseguir ajudar”.

3. Enquanto profissional, preocupa-se com a sobrecarga/fadiga do cuidador principal?

Nós temos, na Acreditar, uma preocupação em relação ao cuidador no sentido de lhe proporcionar algumas atividades que promovam o seu próprio bem-estar. Agora que temos a casa é mais fácil porque temos aqui os cuidadores alojados e conseguimos que, durante o tempo que não estão no hospital, façam algumas atividades...

4. Na sua perspetiva, quais são as necessidades mais profundas destes doentes? E das suas famílias?

Há vários níveis de necessidades, de apoio emocional, sobretudo. Há também necessidade de apoio psicológico, social, físico... Os cuidados aqui têm de ser interdisciplinares.

Há, no entanto, uma enorme lacuna ao nível do acompanhamento psicológico e emocional. O apoio é, na maior parte das vezes, dirigido à criança/jovem e, embora não seja um apoio continuado porque as equipas de psicólogos que temos nos hospitais não chegam para fazer um apoio com

regularidade à mesma criança, elas são acompanhadas mais em situações de emergência, de crise... Portanto os psicólogos são muito poucos nas equipas para conseguirem fazer bem esse trabalho. E, se eles já são poucos para as crianças, quase nenhum existe para os pais. E nós sentimos que, realmente, eles precisam de ter esse apoio também, desde o início... O hospital não providencia esse apoio, essa consulta... Deveria haver uma consulta de apoio psicológico dirigido aos cuidadores. Nós, inclusive, estamos a ponderar a possibilidade de abrir uma valência para conseguirmos dar essa resposta...

5. De acordo com a sua experiência, que dificuldades pessoais tem sentido no cuidar destes doentes?

Identificámos as necessidades de uma determinada família e sentimos que não existe um plano,... colaborar na elaboração dos planos de cuidados à família e à criança desde o diagnóstico até ao fim do tratamento, mas ainda estamos longe de conseguir ... os planos quando criados devem ser revistos... A “Acreditar” devia ser parte integrante da equipa multidisciplinar que acompanha a família no hospital. O facto de nós estarmos nos hospitais a proporcionar apoio através dos nossos voluntários, em si, já é um apoio importante para os pais, porque liberta-os... Agora, há, certamente, dificuldades, muitas vezes, em operacionalizar determinados apoios,... parcerias.

Sentimos dificuldades em chegar a todas as famílias, especialmente quando são de longe,...

6. Tendo em conta a sua experiência, o que são para si Cuidados Paliativos?

Ainda há quem tenha muita relutância. Começámos logo pela família. As pessoas associam paliativo a “não há nada mais a fazer”, ou seja, se a carga emocional negativa já é pesada para os pais, juntar a palavra “cancro” a “paliativo” ainda é pior... essas duas palavras juntas é quase dar a sentença.

Para mim, Cuidados Paliativos devem ser pensados como cuidados holísticos, ou seja, de uma forma integrada, são cuidados interdisciplinares que

tanto podem ser de apoios da área social, apoios da área da psicologia, naturalmente, apoios da área médica, apoios da área relacionada com outras terapias que têm como objetivo não só olhar apenas para o lado da doença do ponto de vista mais médico. Mas há uma série de outras coisas que se podem proporcionar à criança e à família de maneira que consigam ter alguma qualidade de vida e esperança. Isto porque, realmente, o trajeto é longo e, muitas vezes, durante esse trajeto acontecem muitas coisas, coisas boas mas também outras coisas menos boas relacionadas não só com a doença, mas também com, por exemplo, questões sociais, o agravamento da situação económica da família, questões da própria relação conjugal. Há, muitas vezes, casais que se separam.... Eu sinto que já se fazem Cuidados Paliativos pediátricos em Portugal, simplesmente não se usa essa expressão... Agora podemos é melhorar, ao nível dos apoios ao domicílio, por exemplo, haver uma maior articulação entre os hospitais centrais e os cuidados de saúde locais, haver uma maior articulação com a escola da criança... permitir que a família consiga viver, reorganizar o seu dia-a-dia, para mim, são Cuidados Paliativos.

7. Que importância é que este tipo de cuidados poderá ter para o doente e sua família?

Obviamente que o ganho é para todos, família, doente, médico, porque muitas das preocupações que a família traz à consulta estão relacionadas com a questão do dia-a-dia. Se a família conseguir encontrar apoios, vai sentir-se mais satisfeita, mais colaborante, com mais esperança e reflete-se na recuperação da criança/ jovem...

8. Recorda-se de alguma situação, com estes doentes, que tenha sido muito positiva para si?

Recordo-me de algumas situações em que tivemos uma intervenção mais ativa, quer a criança hoje ainda esteja entre nós ou não... Devemos pensar naquilo que foi possível proporcionar à criança e à família durante o tempo de vida da criança... Por exemplo, muitas vezes, sobretudo para aqueles meninos com a doença em fase terminal, antes de entrarem na fase

mais debilitada, a possibilidade de lhes proporcionamos alguma experiência ou desejo que a marque. Isso deixa-nos muito satisfeitos e boas recordações... Mensalmente, apoiamos famílias que são sinalizadas pelos serviços sociais.

Recordo-me também de famílias, sobretudo as sinalizadas pelos serviços sociais, a quem prestamos determinados apoios económicos... para elas, a nossa ajuda tem um impacto brutal porque as alivia.

9. Recorda-se de alguma situação muito negativa? Por que a considera como tal?

Já aconteceu estarmos a trabalhar no sentido de conseguirmos proporcionar um desejo a uma criança e, porque a situação dela se agravou, a criança acaba por falecer, sem se realizar o desejo. Obviamente que isso nos deixa tristes, mas a verdade é que as coisas não dependem só de nós... Se não tivermos os meios à disposição e tivermos de procurar recursos na comunidade acaba por demorar. Nós conhecemos a situação mas, muitas vezes, os outros não sabem a urgência que temos... Mas, pelo menos, sabemos que fizemos o melhor, que tentamos chegar à concretização do desejo.

10. Ao longo da sua vida profissional, no contacto com estes doentes, sentiu lacunas nesta área da prestação de cuidados?

Sim, nós tentamos sempre ir fazendo formações, mas é uma área que, por si só, cria algum desgaste nos profissionais, é exigente. É uma área que, ao fim de alguns anos, apesar de irmos criando alguma imunidade à situação, vamos acumulando muitas experiências boas mas também algumas menos boas... as lacunas que sentimos são mais ao nível de saber lidar com as nossas próprias fraquezas, sobretudo, quando as crianças, depois de lutarem tanto tempo, não conseguem sobreviver. Pessoalmente, a mim faz-me alguma confusão lidar com recaídas,...é necessário saber aceitar o desespero dos pais novamente, porque as recaídas são o primeiro confronto com a possibilidade da não cura e, portanto, é a primeira vez que eles se confrontam com essa possibilidade *“isto afinal de contas pode não seguir pelo caminho que nós,*

inicialmente, achámos que era possível” há menos esperança nesta fase... o problema situa-se mais a nível emocional; saber aceitar e saber recomeçar tudo aquilo que foi feito com aquela família... claro que isso irá sempre depender da preparação que o médico vai dando ao longo do processo da doença... da comunicação... das expectativas que vai criando na família... o próprio médico tem essas lacunas, ninguém gosta de dar más notícias, ninguém quer dizer a uma família que está a iniciar um tratamento “*olhe, atenção que isto tem 80% a 90% de probabilidade de não resultar bem*”. As pessoas querem dar logo soluções, o próprio médico quer acreditar... Sim, há lacunas e vamos procurando ultrapassar essas dificuldades através da formação ou da partilha entre colegas para sabermos lidar com as situações... porque, para além de profissionais, somos humanos, somos pessoas, temos as nossas próprias fragilidades.

11. Além dos aspetos até aqui mencionados, há mais algum que lhe pareça importante abordar, ou sobre o qual gostasse de falar?

Eu participei num debate sobre eutanásia há uns meses onde se falava de ser a favor ou contra e se devia ser implementada a Eutanásia na idade pediátrica... há países em que isso já acontece... No entanto, falar de eutanásia, nesta fase, é prematuro... há ainda muito a fazer nesta área, sobretudo no apoio ao domicílio, no tratamento de cuidados mais especializados em contexto hospitalar.

DISCUSSÃO

Tendo como escopo deste estudo procurar avaliar a evolução da implementação dos CPP, tentámos concluí-lo tendo em consideração os resultados de um estudo realizado pelo Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa com o apoio da Fundação/Gulbenkian “Cuidados Paliativos Pediátricos: realidades e desafios”,¹⁴ de 2009, estudo referência. Assim, apresentamos os resultados obtidos às respostas do questionário deste trabalho de investigação comparando-os com as respostas do estudo atrás referido em tudo quanto for comparável.

- Relativamente à questão três do presente estudo, a totalidade dos inquiridos negou a existência de tal unidade. No estudo de referência, essa mesma resposta foi dada por 86% dos questionados. Além disso, 94% dos mesmos referiu que lhes parecia útil a criação de uma unidade.

Apesar de, há nove anos, a maioria das pessoas já verem utilidade na criação de uma unidade preparada para prestar CPP, verificou-se que no CHSJ ainda não existe essa unidade organizada e autónoma. A sua inexistência, não significa que estes cuidados não estejam a ser prestados, no entanto, é, certamente, um obstáculo à eficiência deste desígnio assistencial.

- No que se refere à questão cinco do presente estudo, a maioria (61,5%) referiu que era abordado “algumas vezes”. No estudo de referência, 77% referiu que nunca.

Parece, assim, que o tema CPP está a ganhar relevância e interesse.

- Em relação à questão seis do presente estudo, “Para as crianças em ambulatório, existe um profissional de saúde que as acompanha no espaço domiciliário?”, 61,5% disseram que existe ao passo que 38,5% negaram tal existência, o que revela desconhecimento, mesmo dentro do próprio Serviço da existência desta disponibilidade assistencial. No estudo de referência, 67% dos questionados referiu que não.

Verificou-se que, no CHSJ, as crianças em ambulatório têm acompanhamento e a maioria dos profissionais conhece esse facto, marcando uma acentuada melhoria em relação ao estudo de referência.

- No que concerne às afirmações “Sinto necessidade de formação em transmissão de más notícias”, “Sinto a necessidade de aprender a lidar com situações de elevada carga emocional.” e “Tenho dificuldade em lidar com a morte.”, (resultados já descritos na parte de “Resultados”, página 12) comparou-se com a questão do estudo de referência - “A morte no serviço de Pediatria merece-lhe alguma atenção particular no âmbito da sua formação profissional?” - em que 96% dos questionados referiu que sim.

Atendendo a que a morte implica sempre elevada carga emocional, verificou-se que no CHSJ apenas uma minoria, cerca de 15,5%, discorda da necessidade de formação em transmissão de más notícias bem como apenas 23,1% “discordou” da necessidade de aprender a lidar com situações de elevadas carga emocional e da dificuldade em lidar com a morte. Assim sendo, pode-se concluir que a maioria sente dificuldade em lidar com o luto, o que significa que existem lacunas na formação profissional. Esta afirmação vem de encontro ao estudo de referência, em que a maioria (96%) referiu que a morte merece uma atenção particular no âmbito da formação profissional.

É ainda de salientar:

- a maioria dos questionados (93%) releva não existir, durante o seu percurso académico, alguma forma de formação em CP;
- a responsabilidade dos profissionais de saúde com mais experiência na partilha do seu saber, uma vez que a totalidade dos inquiridos considera importante essa aprendizagem;
- a importância do trabalho de equipa nesta área de cuidados;
- a totalidade dos inquiridos considera que os CP colocam em evidência o enaltecimento do doente enquanto pessoa.

No que diz respeito aos resultados da entrevista realizada na Instituição “Acreditar”, realçam-se as observações de um elemento da sua Coordenação:

- Necessidade de apoio na reorganização familiar, com especial destaque para a criança e para o seu cuidador, quer em termos humanos, quer em termos económicos; de igual modo, atender às famílias oriundas de meios distantes do local onde a criança se encontra hospitalizada.

A organização familiar estruturada produz estabilidade psicológica e emocional e cria vitalidade social nas famílias. Este facto encerra em si um fator de segurança anímico que favorece o tratamento do doente.

Se a família possuir meios de subsistência e outros meios económicos, o fator de segurança aumenta e estão criadas as condições ideais para o tratamento da criança e das famílias.

Se a família não for estruturada, impõe-se, desde logo, a necessidade de conciliar alguma estruturação para o seu equilíbrio psicológico. E se não tiver meios económicos, temos de procurar incentivar o trabalho que proporcione a garantia mínima de subsistência da família.

As famílias necessitam de ser integradas na organização social do Estado e nas Organizações Não Governamentais dedicadas que prosseguem fins sociais.

- Necessidade de apoio para o cuidador principal. Este cuidador, normalmente, centra-se nas tarefas de cuidar, deixando-se absorver nelas, atingindo facilmente a saturação. Deste modo, impõe-se que beneficie dos mesmos cuidados das crianças.

Torna-se, assim, necessário manter um rigoroso controlo sobre o cuidador principal, de modo a que se encontre sempre em bom estado de saúde, satisfeito dentro do possível, descansando o necessário e dormindo o suficiente, variando também algumas das suas atividades, para evitar a fadiga mental. Estes cuidados devem ser sempre cumpridos escrupulosamente, pois é o cuidador principal que concentra em si a parte mais importante do tratamento da criança.

- Exigência de satisfazer necessidades emocionais, psicológicas, sociais e físicas. Para a satisfação de necessidades tão diversas, impõe-se apoios interdisciplinares: na área social, na área da psicologia, na área médica, entre outros...

A satisfação de todas as necessidades proporciona qualidade de vida e esperança quer às crianças, quer às famílias, estas colocadas perante a fatalidade de doenças terminais dos seus entes queridos.

- Necessidade de estabelecer planos de organização de cuidados a prestar desde o diagnóstico ao fim do tratamento, bem como a operacionalização de apoios para a obtenção de parcerias.

- Resolução de lacunas existentes na formação profissional na área dos CP, propondo uma reestruturação do plano de estudos, uma vez que é essencial preparar os profissionais para lidar com condições adversas que se verificam particularmente nos doentes terminais bem como nas suas famílias.

- Área que provoca muito desgaste nos profissionais, nomeadamente quando são confrontados com situações de insucesso que, de repente, atingem as crianças, tais como as recaídas, provocando emoções fortes de desânimo. Neste sentido, há que procurar recomeçar com mais esperança e aí o médico desempenha um papel de relevo, pois dele dependem as preparações, mas também as comunicações à família e ninguém gosta de dizer à família que as probabilidades de sucesso são diminutas.

- Relevância dos CPP que constituem um proveito e um ganho para todas as partes intervenientes: satisfazem o médico pelo dever cumprido, do mesmo modo os cuidadores, as crianças e as famílias porque proporcionam qualidade de vida e esperança.

- Precocidade em relação à aplicação da eutanásia - tal com o foi referido na entrevista, é ainda cedo para se colocar tal hipótese, na medida em que subsistem diversos problemas com necessidade de resolução antecipada, tais como: o apoio ao domicílio e o tratamento de cuidados mais especializados em contexto hospitalar.

As limitações do presente estudo relevam, fundamentalmente, da limitação da amostra a um único Centro Hospitalar, tornando as respostas demasiado homogéneas, o que pode inferir algum viés para as conclusões.

No entanto, a realização da entrevista a uma profissional de saúde de uma outra instituição, ou seja, exterior ao Centro Hospitalar referido, atenua o possível viés.

Finalmente, com a realização deste trabalho, pode-se constatar que o tema CPP, em Portugal, representa uma área em desenvolvimento, com programas escassos e fragmentados¹⁵, evidenciando, todavia, soluções que necessitam de ser resolvidas com vantagem para a sociedade em geral e no sentido de humanizar a vida dos doentes com necessidades de CP bem como das famílias em que estes se integram.

Neste sentido, é importante que grupos de trabalho, multidisciplinares e multiprofissionais³ definam modelos e estratégias de atuação em crianças com doenças graves, avaliem as necessidades físicas, emocionais e sociais das crianças/famílias e estabeleçam programas de educação sobre CPP para os profissionais de saúde em Pediatria, uma vez que a falta de formação destes constitui um fator limitante no desenvolvimento destes cuidados.

Simultaneamente, as barreiras financeiras são outro problema. Os subsídios reduzidos que os pais recebem pela assistência ao filho, paralelamente a situações de desemprego, requerem apoio de outras instituições de apoio comunitário.¹⁶

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao Doutor Filipe Almeida por todo o apoio e dedicação prestada na elaboração e concretização deste trabalho. O seu discurso crítico aliado a comentários construtivos revelaram-se essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional, permitindo autorrefletir sobre as minhas atitudes e posicionamento perante o valor da vida humana.

A todos os Profissionais de saúde pela sua participação na realização deste trabalho, tornando-o uma realidade.

À Professora Sandra Maia por toda a colaboração dedicada e confiança que deposita em mim.

Aos meus pais, especialmente à minha mãe, pelo carinho, perseverança, paciência, exigência e toda a disponibilidade que me dedicaram. Por terem acreditado sempre em mim e por nunca me terem deixado desistir nos momentos mais cruciais. Devo-vos tudo. Se hoje sou quem sou e consegui alcançar o meu sonho de criança, ser médica, foi graças a vós.

Ao meu irmão, Guilherme, por procurar sempre incentivar-me quando eu mais carecia.

Aos meus avós, Aurélio e Irene, por serem a minha referência, modelos de coragem e terem ajudado a ultrapassar todos os obstáculos que surgiram.

À minha madrinha, Manuela, pela sua dedicação, disponibilidade e colaboração incondicional.

E, por fim, a todos os meus amigos, particularmente, à Marta Natário, Inês Brandão e Pedro Marques, um muito obrigada pela vossa amizade, pelas palavras doces e pela transmissão de confiança e de força que me permitiram que cada dia fosse encarado com particular motivação.

Em vias de concretização deste longo e gratificante percurso, olho para trás e sinto um imenso orgulho e profunda felicidade.

A todos os que me acompanharam, muitíssimo obrigada!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lei nº52/2012, de 5 de Setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República. 1ª Série (179).
2. Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho. Diário da República. 1ª Série A (109).
3. Despacho 8286-A/2014, de 25 de Junho. Diário da República. 2ª Série (120).
4. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Comissão de Cuidados Continuados e Paliativos da Sociedade Portuguesa de Pediatria [Internet]. Publicações: Arquivo de notícias; 2013. [acedido em 13 jan 2017]. Disponível em: www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=321&op=2&ID=132.
5. Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Grupo de Apoio à Pediatria [Internet]. Associação: Grupo de Apoio à Pediatria; 2013. [acedido em 13/11/2017]. Disponível em: www.apcp.com.pt/a-associacao/grupo-de-apoio-pediatria.html.
6. Alves FIC. Cuidar o Doente Terminal em Serviço de Medicina Interna: Um olhar fenomenológico sobre as experiências dos enfermeiros. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012.
7. Lei nº 106/2009, de 14 de Setembro. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. Diário da República. 1ª Série (178).
8. Instituto de Apoio à Criança. Carta da Criança hospitalizada; Humanização: Carta da Criança hospitalizada; 1998. [acedido em 20/11/2017]. Disponível em: www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada.

9. Molina RCM, Marcon SS. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4): 856-64. [acedido em 2/10/17].
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400017&lng=en&nrm=iso.
10. Murakami R, Campos CJG. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(2):254-60. [acedido em 2/10/17].
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200006&lng=en&nrm=iso.
11. Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Cienc Cuid Saude*. 2004; 3(1): 41-54. [acedido em 16/10/2017]. Disponível em:
<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5515>.
12. Melo EMOP, Ferreira PL, Lima RAG, Mello DF. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014; 22(3): 432-9. [acedido em 2/10/2017].
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300432&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
13. Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Rev Latino-Am Enferm*. 2004; 12(2): 191-7. [acedido em 20/11/2017].
Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200007&lng=pt&nrm=iso.
14. Congresso Internacional; Cuidados Paliativos Pediátricos: realidades e desafios; 5-8 maio 2009; Porto: Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa.

15. Mendes J, Silva LJ, Santos MJ. Cuidados Paliativos Neonatais e Pediátricos para Portugal-Um desafio para o século XXI. Acta Ped Port. 2012;43(5):74-8. [acedido em 11/10/2017].

Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/706>.

16. Heleno SLA. Cuidados Paliativos em Pediatria. Revista Evidências. 2013; 41-9. [acedido em 12/11/2017]. Disponível em: www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2017/01/7..pdf.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não têm conflito de interesses a declarar.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO A PROFISSIONAIS
DE SAÚDE DO SERVIÇO DE
PEDIATRIA DO CENTRO
HOSPITALAR DE SÃO JOÃO**

QUESTIONÁRIO

1. Serviço

1.1.Função:

- Médico;
- Enfermeiro;
- Psicólogo;
- Assistente Social;

2. Idade (Em anos):

- 20 – 40;
- 41 – 60;
- > 60;

3. Existe na Instituição de saúde onde trabalha uma Unidade/Centro preparado para prestar em Cuidados Paliativos Pediátricos?

- Sim;
- Não;

4. Durante a sua vida acadêmica, frequentou alguma pós-graduação/especialização em Cuidados Paliativos?

- Sim;
- Não;

5. Nas reuniões do Serviço, com que frequência este tema é abordado?

- Nunca;
- Raramente;
- Algumas Vezes;
- Muitas vezes;

6. Para as crianças em ambulatório, existe um profissional que as acompanha no espaço domiciliário?

- Sim;
- Não;

7. Em relação às frases que se seguem coloque, por favor, uma cruz de acordo com o seu posicionamento em relação à mesma.

7.1.Não existe formação em Cuidados Paliativos durante o curso da sua formação;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.2.Já senti dificuldades por falta de formação em Cuidados Paliativos;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.3.Considero importante o apoio assistencial de peritos em Cuidados Paliativos;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.4.Sinto-me empenhado na formação e Cuidados Paliativos;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.5.Considero importante a partilha de conhecimentos em Cuidados Paliativos;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.6. A existência de modelos de aprendizagem em Cuidados Paliativos é importante;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.7.Considero importante a aprendizagem com profissionais mais experientes;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.8.Sinto necessidade de atualização contínua na área dos Cuidados Paliativos;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.9.Sinto necessidade de formação em estratégias de comunicação;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

,

7.10.Sinto necessidade de formação em transmissão de más notícias;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.11.Sinto a necessidade de aprender a lidar com situações de elevada carga emocional;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.12.Tenho dificuldade em lidar com a morte;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.13.Considero o trabalho de equipa fundamental em Cuidados Paliativos;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.14.A filosofia dos Cuidados Paliativos iniciou um processo de mudança na prestação de Cuidados de Saúde;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.15. A formação em Cuidados Paliativos permite uma nova visão sobre a prestação de Cuidados;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.16.Os Cuidados Paliativos colocam em evidência a valorização do doente enquanto pessoa;

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

7.17.É mais difícil cuidar sem o apoio de máquinas do que com o recurso à sua utilização.

- Concordo Totalmente;
- Concordo Frequentemente;
- Concordo Algumas Vezes;
- Discordo;

**APÊNDICE 2 – ENTREVISTA REALIZADA NA
INSTITUIÇÃO “ACREDITAR”-
ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS
DE CRIANÇAS COM CANCRO**

GUIÃO PARA A ENTREVISTA

1ª Parte

Formação académica_____

Formação profissional_____

Tempo de Serviço_____

Tempo de Serviço (no serviço atual) _____

Função/Funções desempenhadas (no serviço atual) _____

Durante o curso geral que frequentou, teve aulas de cuidados paliativos? _____

Aproximadamente, quantas horas? _____

E no curso de complemento de formação? _____

Quantas horas, aproximadamente?_____

Fez alguma formação no âmbito dos cuidados paliativos (formação em serviço, formação profissional, formação pós-graduada)?_____

Qual, ou quais? _____

2ª Parte

1. Hoje em dia, fala-se muito em cuidados paliativos. Parece haver uma tendência para o aumento do número de atendimentos a estes doentes. Da sua experiência, como vê a forma da família se organizar no apoio ao doente?

2. E no apoio ao cuidador principal?

3. Enquanto profissional, preocupa-se com a sobrecarga/fadiga do cuidador principal?

4. Na sua perspetiva, quais são as necessidades mais profundas destes doentes? E das suas famílias?

5. De acordo com a sua experiência, que dificuldades pessoais têm sentido no cuidar destes doentes?

6. Tendo em conta a sua experiência, o que são para si Cuidados Paliativos?

7. Que importância é que este tipo de cuidados poderá ter para o doente e sua família?

8. Recorda-se de alguma situação, com estes doentes, que tenha sido muito positiva para si?

9. Recorda-se de alguma situação muito negativa? Porque a considera como tal?

10. Ao longo da sua vida profissional, no contacto com estes doentes, sentiu lacunas nesta área da prestação de cuidados?

11. Além dos aspetos até aqui mencionados, há mais algum que lhe pareça importante abordar, ou sobre o qual gostasse de falar?

ANEXOS

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA
PARA A SAÚDE DO CENTRO
HOSPITALAR DE SÃO JOÃO**

Tomei conhecimento. Nada a opor.

23 de Janeiro de 2018

A Coordenadora da Unidade de Investigação

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)



SÃO JOÃO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

n.º 320/17

AUTORIZADOCONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (REUNIAO DE
Presidente do Conselho de Administração

08 FEV 2018

Diretor Clínico

Enfermeira Chefe

Vogal Executivo

Vogal Executivo

(Prof. Dr. João Paulo Silva)

(Prof.ª Mariana Espirito)

(Dr. Luís Paulo Gomes)

(Dr. Paulo G. Mota)

Aprovado. Ao CA.

(Prof.ª Doutora Ana Azevedo)

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar de São João

Nome do Investigador Principal: Ana Catarina Rodrigues Pereira

Título da Investigação: Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal:
- Do Caminho Feito ao que Resta Implementar.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de: Pediatria

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/Faculdade de Medicina da Universidade do Porto respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 16 de Novembro de 2017.

Ana Catarina Rodrigues Pereira
assinatura

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do
Centro Hospitalar de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Título do Projeto: Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: Do caminho feito ao que resta implementar.

Nome da Investigadora Principal: Ana Catarina Rodrigues Pereira, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP.

Onde decorre o Estudo: No Serviço de Pediátrica Médica do CHSJ. Dispõe de autorização do Prof. Doutor Manuel Fontoura.

Objetivos do Estudo:

Avaliar a evolução do propósito de implementação dos cuidados paliativos pediátricos em Portugal.

Inserir-se no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, sob orientação do Prof. Doutor Filipe de Almeida.

Conceção e Pertinência do estudo:

Desta forma e para responder aos objetivos delineados será desenvolvido um estudo que procura avaliar a evolução do propósito de implementação dos cuidados paliativos pediátricos, cuja importância foi já estabelecida nos dois últimos planos quinquenais do Ministério da Saúde.

Para a recolha de dados refere que serão aplicados questionários a um grupo específico de profissionais de saúde, apresentados para avaliação a esta CES.

Benefício/risco: NA

Confidencialidade dos dados:

Todos os dados serão registados e trabalhados anonimizados.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: NA

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: fevereiro de 2018

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projeto de investigação, na actual conformidade.

Porto, 27 de dezembro de 2017

P'O Relator da CES,

Pedro Brito



Questionário para submissão de Investigação

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

Pretendendo realizar a investigação infracitada, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador, a sua apreciação e a elaboração do respetivo parecer. Para o efeito, anexo toda a documentação requerida.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Título da investigação: Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: - Do caminho feito ao que resta implementar

Nome do investigador: Ana Catarina Rodrigues Pereira

Endereço eletrónico: catanina - Rg4@hotmail.com

Contacto telefónico: 918061172

Caracterização da investigação:

☐ Estudo retrospectivo

☐ Estudo observacional

☒ Estudo prospetivo

☒ Inquérito

☐ Outro. Qual? _____

Tipo de investigação:

☒ Com intervenção

☐ Sem intervenção

Formação do investigador em boas práticas clínicas (GCP): ☐ Sim

☒ Não

Promotor (se aplicável): _____

Nome do orientador de dissertação/tese (se aplicável): Filipe Nuno Alves dos Santos Almeida

Endereço eletrónico: falmeida@ehsj.min-saude.pt

Local/locais onde se realiza a investigação: Centro Hospitalar São João e Associação ACREDITAR

Data prevista para início: 1 / 12 / 2017

Data prevista para o término: 15 / 2 / 2018

PROTOCOLO DO ESTUDO

Síntese dos objetivos: Avaliar a evolução de implementação de Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal.

Fundamentação ética (ganhos em conhecimento/ inovação; ponderação benefícios/riscos):

Proceder a avaliar a evolução do propósito de implementação dos cuidados paliativos pediátricos, cuja importância foi já estabelecida nos dois últimos planos quinquenais do Ministério da Saúde. Dada a metodologia do estudo, não haverá benefício nem riscos desproporcionados para os intervenientes.

CONFIDENCIALIDADE

De que forma é garantida a anonimização dos dados recolhidos de toda a informação?

O investigador necessita ter acesso a dados do processo clínico?

☐ Sim ☒ Não

Está previsto o registo de imagem ou som dos participantes?

☐ Sim ☒ Não

Se sim, está prevista a destruição deste registo após o sua utilização?

☐ Sim ☒ Não

CONSENTIMENTO

O estudo implica recrutamento de:

Doentes: ☐ Sim ☒ Não

Voluntários saudáveis: ☒ Sim ☐ Não

Menores de 18 anos: ☐ Sim ☒ Não

Outras pessoas sem capacidade do exercício de autonomia: ☐ Sim ☒ Não

A investigação prevê a obtenção de Consentimento Informado: ☐ Sim ☒ Não

Se não, referir qual o fundamento para a isenção:

*Dada a resposta a inquéritos ser de livre decisão dos participantes,
o seu preenchimento assegura o respetivo consentimento.*

Existe informação escrita aos participantes: ☒ Sim ☐ Não

PROPRIEDADE DOS DADOS

A investigação e os seus resultados são propriedade intelectual de:

☒ Investigador ☐ Promotor ☐ Ambos ☒ Serviço onde é realizado

☐ Não aplicável Outro: _____

BENEFÍCIOS, RISCOS E CONTRAPARTIDAS PARA OS PARTICIPANTES

Benefícios previsíveis:

Não há.

Riscos/incómodos previsíveis:

Desvalorizações

São dadas contrapartidas aos participantes:

· pela participação ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· pelas deslocações ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· pelas faltas ao emprego ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

· por outras perdas e danos ☐ Sim ☐ Não ☒ Não aplicável

CUSTOS / PLANO FINANCEIRO

Os custos da investigação são suportados por:

☐ Investigador ☐ Promotor ☐ Serviço onde é realizado

☒ Não aplicável Outro: _____

Existe protocolo financeiro? ☐ Sim ☒ Não

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- ☒ Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João (se aplicável)
- ☒ Pedido de autorização à Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (se aplicável)
- ☒ Protocolo do estudo
- ☒ Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- ☐ Profissional de ligação
- ☒ Informação dos orientadores
- ☒ Informação ao participante
- ☒ Modelo de consentimento
- ☒ Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.): _____
- ☒ Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- ☐ Protocolo financeiro
- ☐ Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 16 de Novembro de 2017

Nome legível: António Rodrigues Pereira

António Rodrigues Pereira
assinatura

Parecer da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de São João/FMUP

Emitido na reunião plenária da CE de 15 / 12 / 2017

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Centro Hospitalar **São João**.

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS
ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A)
INVESTIGADOR(A), A CES APROVA POR UNANIMIDADE O
PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À
REALIZAÇÃO DESTE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

27 / 12 / 2017

**ANEXO II – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE
ARTIGOS À REVISTA PORTUGUESA DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR**



Normas para submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

1. ÂMBITO EDITORIAL

A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (RPMGF) aceita para publicação artigos de investigação fundamental, epidemiológica, clínica, sobre administração de serviços de saúde ou sobre educação, bem como artigos de revisão, artigos sobre a prática clínica, relatos de casos clínicos, artigos de opinião e outros que possam contribuir para o desenvolvimento da especialidade da medicina geral e familiar ou para a melhoria dos cuidados de saúde primários. Os artigos poderão ser redigidos em português, inglês ou castelhano.

Este documento expõe a última versão das normas de apresentação de artigos à RPMGF (doravante designadas por Normas), que consistem numa revisão e atualização das normas publicadas em 2010.¹ As citações desta versão das Normas devem ser feitas pela seguinte referência: Conselho Editorial da RPMGF. Normas para submissão de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Rev Port Med Geral Fam. 2015;31(1):64-76.² Este documento não está protegido por direitos de autor, podendo ser copiado, reimpresso ou distribuído eletronicamente sem autorização.

Os autores que pretendam submeter artigos a esta revista devem ler atentamente e ter conhecimento do conteúdo dos vários tópicos, dado que o não cumprimento dos requisitos definidos leva à recusa de aceitação dos mesmos ou à recusa da sua publicação.

Recomenda-se aos autores que utilizem a versão eletrónica dos anexos constantes nestas normas, disponíveis no sítio da internet da RPMGF, quando pretenderem submeter um manuscrito.

2. POLÍTICA EDITORIAL

Autoria

A produção de um trabalho científico resulta dos contributos dados por diversas pessoas e entidades. Porém, nem todas as contribuições conferem a atribuição de autoria do trabalho.

Todos aqueles que são nomeados como autores têm que cumprir os três requisitos do Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas para definição de autoria³ e todos os que cumpram estes requisitos devem ser nomeados como autores:

- Contribuir substancialmente para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados;
- Participar na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectual importante;
- Rever a versão final do manuscrito e aprovar a sua publicação.

Outras pessoas que possam ter contribuído para o trabalho, mas não preenchem os critérios de autoria, devem

ser mencionadas nos agradecimentos. Não se incluem aqui pessoas ou entidades que tenham contribuído exclusivamente com o financiamento do trabalho.

Conflito de interesses

Existe um conflito de interesses quando um autor (ou a sua instituição) tem relações pessoais, profissionais ou financeiras que podem influenciar as suas decisões, trabalho ou manuscrito. Nem todas estas relações representam verdadeiros conflitos de interesses. Por outro lado, o potencial para conflito de interesses pode existir independentemente de o autor acreditar ou não que esta relação afeta o seu julgamento científico. O potencial para conflito de interesses pode residir nos autores, revisores ou editores.

Desta forma, para manter a transparência no processo editorial, todos os envolvidos na publicação de artigos (autores, revisores e editores) são convidados a declarar potenciais conflitos de interesses. Caso os trabalhos tenham sido financiados total ou parcialmente por uma ou mais



peças ou entidades, essa informação terá de ser publicada juntamente com o artigo.

A existência de conflitos de interesse e/ou financiamento externo não é critério de aceitação ou rejeição de manuscritos.

3. DECLARAÇÃO DE ÉTICA E DE BOAS PRÁTICAS NA PUBLICAÇÃO

(baseada nas recomendações da *Best Practice Guidelines for Journal Editors*)⁴

Conduta Ética para a publicação de artigos

A RPMGF está empenhada em assegurar a ética na publicação e qualidade dos artigos. Como tal, é esperado que todas as partes envolvidas – autores, editores, revisores e editora – sigam os padrões de comportamento ético definidos internacionalmente.

Autores: Os autores devem apresentar uma análise objetiva da importância do trabalho de investigação, divulgando os detalhes e referências necessárias para permitir a reprodução das experiências. A investigação em seres humanos implica uma conduta ética que cumpre os preceitos definidos na Declaração de Helsínquia. Como tal, o protocolo de investigação deverá ser submetido, antes do início da colheita dos dados, a parecer da Comissão de Ética para a Saúde da(s) instituição(ões) de saúde onde está previsto decorrer o estudo. O parecer favorável desta comissão deverá ser englobado nos documentos a entregar na submissão de artigos (em conjunto com o Anexo II).

Nos relatos de caso, os autores deverão garantir o anonimato no caso apresentado, sendo necessário o consentimento informado do(s) visado(s) para a sua divulgação (Anexo III). Nos artigos de revisão deverá também ser garantida a sua objetividade, a sua abrangência dentro da área da Medicina Geral e Familiar e a adequação quanto ao estado da arte da prática clínica. Nas restantes tipologias aplicam-se os mesmos princípios da objetividade, relevância e adequação quanto aos conhecimentos e práticas mais recentes.

Os autores devem garantir que o seu trabalho é inteiramente original e, se utilizados trabalhos ou excertos de outros trabalhos, esse facto deverá ser declarado e enviada a respetiva autorização de publicação. Em caso de figuras não protegidas por direito de autor, tal deve ser declarado pelos responsáveis pelo manuscrito. A prática de plágio, em qualquer das suas formas, constitui um com-

portamento antiético de publicação e é inaceitável. A submissão do mesmo manuscrito a mais do que uma revista ou a submissão de artigos cuja pesquisa é essencialmente a mesma, a mais de uma revista, constituem igualmente comportamentos antiéticos de publicação e inaceitáveis. O autor correspondente deve garantir que existe um consenso pleno de todos os coautores na aprovação da versão final do documento e na sua submissão para publicação.

Declarações fraudulentas ou intencionalmente imprecisas constituem um comportamento antiético e são inaceitáveis.

Editores: Os editores devem avaliar os manuscritos exclusivamente com base na sua mais-valia académica e científica. Um editor não deve usar informações não publicadas nos seus próprios trabalhos, sem o expresso consentimento por escrito do autor. Os editores devem tomar as medidas adequadas em resposta a eventuais reclamações éticas apresentadas, relativamente a um manuscrito submetido ou artigo publicado.

Revisores: Quaisquer trabalhos recebidos para avaliação devem ser tratados como documentos confidenciais. Informação privilegiada ou ideias obtidas através de revisão por pares devem ser mantidas em sigilo e não devem ser utilizadas para proveito pessoal. Os comentários ou correções devem ser conduzidos de forma objetiva e as observações formuladas devem ser claras e devidamente argumentadas, para que os autores possam usá-los para melhorar o manuscrito.

Qualquer revisor selecionado que não se sinta qualificado para avaliar o trabalho descrito no manuscrito, ou que saiba ser impossível a sua imediata revisão, deverá notificar o editor / secretariado da RPMGF e dispensar o processo de revisão. Os revisores não devem rever manuscritos em que tenham conflitos de interesse relativamente aos autores, empresas ou instituições ligadas ao manuscrito, resultantes de concorrência, colaboração ou relação com qualquer um dos intervenientes.

4. ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS

Qualquer artigo submetido para publicação na RPMGF deverá ser preparado de acordo com os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Médicas, redigidos pela Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas^{3,5} e os documentos incluídos na rede EQUATOR (*Enhancing the Quality and Transparency of Health*



Research).⁶

Os artigos da iniciativa dos autores são: artigos de investigação original, revisões, relatos de caso, artigos de prática, formação, artigos de opinião e debate, artigos breves, clube de leitura e cartas ao diretor. Estes artigos são sujeitos a um processo de revisão por pares.

Os editoriais e os documentos são da responsabilidade dos editores.

Nesta secção apresentam-se os elementos que são comuns a todas as tipologias de artigo e uma descrição dessas diferentes tipologias.

Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo

Todos os artigos apresentados à RPMGF deverão ter um **Título**, a descrição dos **Autores**, um corpo de texto e **Referências Bibliográficas**. Na maioria das tipologias será necessário um **Resumo**. No caso de existirem pessoas que tenham dado contributos importantes para o artigo, mas que não cumpram os critérios de autoria, poderá ser incluída uma secção denominada **Agradecimentos** que será colocada entre o corpo de texto e as referências bibliográficas. A informação relativa aos conflitos de interesses e financiamento do trabalho deve ser colocada após as referências bibliográficas.

O artigo terá que ter um Título e um Resumo em português e em inglês. Quando o idioma de publicação é o português, o primeiro resumo será em português e o segundo em inglês. Se o idioma de publicação for o inglês, a ordem será inversa. No caso do idioma de publicação ser o castelhano, o primeiro resumo será nesse idioma, havendo então um resumo em português e outro em inglês no final do artigo. Os resumos não deverão exceder as 300 palavras e deverão ser seguidos de duas a seis palavras-chave. Estas palavras-chave deverão ser termos da lista de descritores médicos MeSH,⁷ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁸ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁹ A estrutura do resumo para cada uma das tipologias de artigo será explicitada na secção correspondente.

São permitidos dois tipos de ilustrações: figuras e quadros. As figuras devem ser numeradas com algarismos árabes e os quadros com numeração romana, pela ordem da sua primeira citação no texto. O texto não deve repetir dados incluídos em ilustrações, limitando-se nesse caso a realçar ou resumir os seus aspetos mais importantes. O número de ilustrações permitidas para cada uma das tipolo-

gias será explicitado na secção correspondente.

As **Referências Bibliográficas** devem seguir o formato indicado nas normas internacionais (estilo de Vancouver).¹⁰

Elementos específicos de cada tipologia de artigo (sintetizadas no Quadro I)

Investigação original

Conteúdo: Artigos de investigação no âmbito da medicina geral e familiar ou dos cuidados de saúde primários. Deverão seguir as normas internacionalmente aceites para este tipo de artigos.^{3,5} Os autores são encorajados a seguir as normas STROBE¹¹ para estudos observacionais, CONSORT¹² para ensaios clínicos, as normas STARD¹³ para estudos de acuidade diagnóstica, as normas COREQ¹⁴ para estudos qualitativos e as normas SQUIRE¹⁵ para estudos de garantia e melhoria da qualidade.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Deve incluir **Título**, **Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). O corpo do artigo deve ser subdividido em: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados** e **Discussão**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, resumir o estado atual do conhecimento sobre o tema e referir os motivos que levaram à execução do estudo. Os objetivos e/ou hipóteses formuladas devem ser indicados no final da introdução. Os **Métodos** deverão referir a configuração, local e tempo de duração de estudo, a população estudada, os métodos de amostragem, as unidades de observação e as variáveis medidas, os métodos de recolha de dados, bem como critérios, instrumentos, técnicas e aparelhos utilizados. Deve ser indicada a metodologia estatística. Os Resultados deverão ser apresentados de forma clara, usando texto e ilustrações (figuras ou quadros). A Discussão deverá salientar aspetos novos ou importantes do estudo e apresentar apenas as conclusões justificadas pelos resultados. Deverão ser feitas comparações com estudos idênticos realizados por outros autores e ser comentadas as limitações ou os vieses importantes do estudo. Podem ser sugeridas novas hipóteses de trabalho. Não devem ser feitas afirmações não baseadas no estudo



efetuado, nem alusões a trabalhos incompletos ou não publicados. As conclusões do estudo devem ser apresentadas nos últimos parágrafos da discussão.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objetivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes do estudo ou das observações. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Objetivos, Tipo de estudo, Local, População, Métodos, Resultados e Conclusões**. Encorajamos os investigadores a registar prospectivamente os ensaios clínicos num registo público de ensaios. Os ensaios clínicos deverão ter o número de registo no final do resumo.

Relato de Caso

Conteúdo: Textos descritivos de casos clínicos relevantes para a medicina geral e familiar que sirvam para melhorar a tomada de decisão da investigação diagnóstica ou terapêutica de aspetos relacionados com a educação ou com as políticas de saúde. Os autores são encorajados a seguir as normas CARE Statement.¹⁶

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 6.000 palavras, sendo admitido o número máximo de oito ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (veracidade). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Descrição do caso e Comentário**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deve apresentar os motivos que levaram à apresentação do caso clínico de forma sintética e sem fazer uma revisão teórica do problema em questão. A **Descrição do caso** deve ser constituída por uma apresentação do caso clínico propriamente dito, feita de forma estruturada e com recurso a subtítulos, se necessário. O **Comentário** deverá chamar a atenção para os aspetos práticos relevantes, problemas encontrados na prática clínica ou lições a tirar do relato de caso.

Resumo: É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes subtítulos: **Introdução, Descrição do caso e Comentário**.

Revisão

Conteúdo: Consistem em estudos de revisão bibliográfica, trabalhos de síntese ou atualização clínica que pos-

sam constituir instrumentos auxiliares de atualização e de aperfeiçoamento da prática clínica. Os autores são encorajados a seguir as normas PRISMA para revisões sistemáticas,¹⁷ MOOSE para meta-análises de estudos observacionais¹⁸ e as recomendações de Riley *et al* para meta-análises de dados individuais de doentes.¹⁹ Os autores de artigos de revisão baseada na evidência podem considerar úteis as recomendações publicadas na revista *American Family Physician*.²⁰

Dimensão: Os estudos de revisão não deverão ultrapassar as 8.000 palavras, sendo admitido o número máximo de 10 ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (veracidade). O corpo de texto é subdividido em: **Introdução, Métodos, Resultados e Conclusões**. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Corpo do artigo: A **Introdução** deverá ser sintética. Deve apresentar claramente o problema em questão, referir os motivos que levaram à execução do estudo e discutir a sua oportunidade. A pergunta e o objetivo específico da revisão deverão aparecer claramente formulados no final da introdução. Os **Métodos** deverão descrever a metodologia usada para efetuar o processo de revisão. Devem, nomeadamente, ser indicados o tópico em revisão, definições várias (e.g., critérios de diagnóstico), processo utilizado para a pesquisa bibliográfica (período a que diz respeito a revisão, bases de dados eletrónicas ou documentais consultadas, descritores utilizados para a pesquisa, pesquisa manual de bibliografias, contacto com peritos na área para identificação de artigos relevantes) e processos e critérios de seleção dos artigos. Os **Resultados** devem ser apresentados de forma estruturada e sistematizada e com recurso a subtítulos, se necessário. Devem incluir os resultados da pesquisa e elementos de argumentação crítica (avaliação de qualidade dos dados, síntese de dados, perspetivas em confronto, identificação de problemas não resolvidos). As **Conclusões** devem fornecer um resumo crítico dos dados relevantes, enfatizar os aspetos práticos, equacionar os problemas que subsistem e propor perspetivas futuras.

Resumo: O **Resumo** deve expor os objetivos do trabalho, a metodologia básica, os resultados e conclusões principais e realçar aspetos novos e importantes da revisão. É obrigatoriamente estruturado, dividido nos seguintes sub-



QUADRO I. Síntese dos elementos específicos de cada tipologia de artigo

Tipo de artigo	Estrutura resumo	Estrutura corpo de texto	Dimensão	Ilustrações	Referências bibliográficas
Investigação original	Objetivos, Tipo de estudo, Local, População, Métodos, Resultados e Conclusões	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10	≤ 60
Relato de caso	Introdução, Descrição do caso e Comentário	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Descrição de caso, Comentário, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	6.000	≤ 8	≤ 20
Revisão	Objetivos, Fontes de dados, Métodos de revisão, Resultados e Conclusões	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* Introdução, Métodos, Resultados, Conclusões, [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	8.000	≤10	≤ 70
Prática	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤ 4	≤ 20
Formação	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto] [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	5.000	≤ 6	≤ 20
Opinião e debate	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	4.000	≤ 6	≤ 20
Artigo breve	Não existe estrutura obrigatória	Título,* Resumo,* Palavras-chave,* [corpo de texto], [Agradecimentos] e Referências Bibliográficas	3.000	≤ 4	≤ 15
Carta ao diretor	Sem resumo	[corpo de texto]	1.000	≤ 1	≤ 10
Editorial	Sem resumo	[corpo de texto]	1.200	≤ 2	≤ 15

*Nas línguas necessárias (ver secção «Elementos comuns às diferentes tipologias de artigo»).

títulos: **Objetivos, Fontes de dados, Métodos de revisão, Resultados e Conclusões.** No resumo dos resultados pretende-se a indicação do número e características dos estudos incluídos e excluídos. Podem ser incluídos os achados qualitativos e quantitativos mais relevantes.

Prática

Conteúdo: Trabalhos descritivos de experiências ou

projetos considerados relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em cuidados de saúde primários.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas



necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Formação

Conteúdo: Consistem em relatos de projetos ou experiências considerados importantes no campo da educação médica pré ou pós-graduada no contexto dos cuidados de saúde primários, cujo objetivo pedagógico seja claro e inovador.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 5.000 palavras, sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Opinião e Debate

Conteúdo: Textos de opinião livre suscetíveis de fomentar a reflexão e a discussão sobre temas de interesse para a medicina geral e familiar.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 4.000 palavras sendo admitido o número máximo de seis ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Artigo Breve

Conteúdo: Textos de pequena dimensão como, por exemplo, estudos originais curtos ou de divulgação de resultados preliminares, apontamentos sobre casos clínicos, pequenos estudos de séries ou outra tipologia.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 3.000 palavras, sendo admitido o número máximo de quatro ilustrações (quadros ou figuras) por artigo.

Estrutura: Os artigos devem incluir **Título, Resumo** e duas a seis **Palavras-chave** em cada uma das línguas necessárias (ver acima). Não existe estrutura obrigatória do

corpo de texto. Poderão ser incluídos **Agradecimentos**. O artigo deve incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não existe estrutura obrigatória.

Carta ao Diretor

Conteúdo: Comentários a artigos publicados previamente na revista ou notas breves sobre experiências relevantes na prática diária. As cartas referentes a artigos só serão aceites até quatro meses após a publicação do artigo original.

Dimensão: Não deverão ultrapassar as 1.000 palavras, sendo admitida até uma ilustração (quadro ou figura) e até 10 referências bibliográficas.

Estrutura: Não existe estrutura obrigatória. O artigo pode incluir **Referências Bibliográficas**.

Resumo: Não há resumo.

Editorial

Da iniciativa do Conselho Editorial. Não deverão ultrapassar 1.200 palavras nem mais do que 15 referências. Serão admitidas até duas ilustrações (quadros ou figuras).

Documentos

Conteúdo: Consistem em declarações, recomendações ou outros documentos de âmbito nacional ou internacional que sejam relevantes para a medicina geral e familiar.



5. ORGANIZAÇÃO FORMAL DOS ARTIGOS

Formatação dos ficheiros eletrónicos submetidos

Os artigos devem ser datilografados em qualquer processador de texto e gravados num dos seguintes formatos: Microsoft Word, RTF ou Open Office. As páginas devem ser numeradas.

Primeira página

Deverá incluir apenas:

1. O título do artigo, que deverá ser conciso;
2. O nome do autor ou autores (devem usar-se apenas dois ou três nomes por autor);
3. O grau, título ou títulos profissionais e/ou académicos do autor ou autores;
4. O serviço, departamento ou instituição onde trabalha(m).

Segunda página

Deverá incluir apenas:

1. O nome, telefone/fax, endereço de correio eletrónico e endereço postal do autor responsável pela correspondência com a revista acerca do manuscrito;
2. O nome, endereço de correio eletrónico e endereço postal do autor a quem deve ser dirigida a correspondência sobre o artigo após a sua publicação na revista.

Terceira página

Deverá incluir apenas:

1. Título do artigo nas línguas necessárias;
2. Resumo do artigo nas línguas necessárias. O resumo deve respeitar as normas indicadas para o tipo de artigo em questão e tornar possível a compreensão do artigo sem que haja necessidade de o ler;
3. Duas a seis palavras-chave nas línguas necessárias usando, sempre que existirem, termos da lista de descritores médicos MeSH,⁷ dos descritores em ciências da saúde (DeCS) da BIREME⁸ ou dos descritores da PORBASE (Índice de Assuntos).⁹
4. Indicação da tipologia do artigo (a que secção da revista se destina).

Páginas seguintes

As páginas seguintes incluirão o texto do artigo, devendo cada uma das secções em que este se subdivide começar no início de uma página.

Primeira página a seguir ao texto do artigo

Deverá incluir o capítulo Agradecimentos, quando este exista.

Primeira página a seguir aos Agradecimentos

Deverá conter o início do capítulo Referências Bibliográficas.

Primeira página a seguir a Referências Bibliográficas

Deverá conter a informação relativa aos conflitos de interesses dos autores e ao financiamento do estudo (de acordo com a informação prestada no Anexo I).

Páginas seguintes

Deverão incluir as ilustrações. Estas devem ser enviadas cada uma em sua folha com indicação do respetivo número (algarismo árabe ou numeração romana) e legenda. Os quadros, com numeração romana, deverão sempre incluir um título curto. Poderão incluir em rodapé notas explicativas consideradas necessárias e assinaladas utilizando os símbolos indicados nas normas de Vancouver.^{3,5} Gráficos, diagramas, gravuras e fotografias (figuras) deverão ser apresentados com qualidade que permita a sua reprodução direta e numerados com algarismos árabes. Não devem ser utilizados gráficos tridimensionais. As figuras em formato digital devem ser enviadas como ficheiros separados e não dentro do documento de texto. São aceites os formatos JPEG, TIF e EPS, preferencialmente com uma resolução de 300 pontos por polegada (dpi) ou superior. No caso de se tratar de fotografias de pessoas ou de fotografias já publicadas, proceder de acordo com as normas de Vancouver.^{3,5}

Normas de estilo

O uso de abreviaturas e símbolos, bem como as unidades de medida, devem estar de acordo com as normas internacionalmente aceites.^{3,5}

1. Deve-se usar maiúsculas apenas nas seguintes situações:
 - a) no título e nas principais secções do trabalho;
 - b) na primeira palavra de todos os parágrafos;
 - c) nas palavras principais de capítulos, subcapítulos, secções e subsecções;
 - d) nas palavras dos títulos das figuras e quadros;
 - e) em nomes de escalas e instrumentos de medida;
 - f) em substantivos determinados por numeral ou letra;
 - g) em nomes de cadeiras ou disciplinas académicas.



2. Usar sempre o nome farmacológico.
3. Escrever por extenso algarismos menores que 10.
As exceções são: quando se fazem comparações com números iguais ou superiores a 10, se utilizadas unidades de medida, para representar funções matemáticas, quantidades fracionais, percentagens e razões. Nunca iniciar uma frase com um algarismo.
4. Usar sempre algarismos para designar tempo, data, idade, amostra e população, tamanho, resultados, dosagens, percentagens, graus de temperatura, medidas métricas e pontos duma escala.
5. Por regra, não usar abreviaturas fora de parênteses.
A exceção são as abreviaturas utilizadas pelos sistemas de medidas (e.g., kg).
6. Os acrónimos só devem ser utilizados se fazem parte da linguagem corrente (e.g., OMS) ou para designar uma sigla ou uma expressão técnica que vai ser utilizada repetidamente (e.g., DPOC). Neste caso, o seu uso deve ser apresentado entre parênteses, depois da expressão original, na primeira vez que é utilizado no texto.
7. Devem-se evitar estrangeirismos, sempre que possível.
8. Não usar sublinhados.
9. Usar itálico apenas nas seguintes situações: palavras estrangeiras e nomes técnicos das classificações científicas.
10. Os símbolos estatísticos (e.g., t, r, M, DP, p) devem ser escritos em itálico, com exceção dos símbolos em grego.
11. A indicação da casa decimal deve fazer-se através de uma vírgula e não de um ponto final.
12. No texto, os números decimais devem ser apresentados apenas com até duas casas e com arredondamento, a não ser em casos excecionais em que tal se justifique.
13. Os operadores aritméticos e lógicos, como +, -, =, < e >, levam espaço antes e depois.

Referências Bibliográficas

As Referências Bibliográficas devem ser citadas no texto com algarismos árabes em elevado, pela ordem de primeira citação e incluídas neste capítulo, utilizando exatamente a mesma ordem de citação no texto. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*. A Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar é referenciada usando a abreviatura Rev Port Med Geral Fam. O numeral da citação deverá ser colocado após a pontuação (ponto, vírgula, etc.).

Exemplos:

(...) como é o caso das listas de distribuição.⁵

Estudos mais recentes, efetuados por Di-Franza e colaboradores,⁷ mostram que as crianças se tornam dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos.

Se após uma frase houver lugar à citação de mais do que uma referência estas deverão ser separadas por vírgulas exceto se forem sequenciais; nessa circunstância serão separadas por hífen.

Exemplos:

(...) sendo a prevalência maior nesse grupo etário;^{9,15,21}

(...) comparativamente a esses estudos,⁶⁻⁹

(...) tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.^{4,7-9}

Para as referências a documentação legal deverão ser indicados os elementos que permitem chegar ao texto integral do ato legislativo: tipo de ato, número, data, série do Diário da República (DR) e número de DR.

Exemplo:

Decreto-Lei n.º 114/92, de 4 de junho. Diário da República. 1ª Série A(129).

6. SUBMISSÃO DE ARTIGOS À APRECIACÃO EDITORIAL

Os documentos devem ser enviados por correio eletrónico para: secretariado@rpmgf.pt. Os documentos a enviar incluem:

- O artigo incluindo ilustrações, em ficheiro(s) anexo(s) à mensagem de correio eletrónico nos formatos Microsoft Word, RTF ou Open Office (texto, tabelas e diagramas) e JPEG, TIF ou EPS (ilustrações).
- O formulário constante do Anexo I preenchido por cada um dos autores.
- Tratando-se de um estudo original, a declaração de conduta ética (Anexo II) preenchida pelo autor correspondente e cópia do parecer da Comissão de Ética à qual o protocolo do estudo foi submetido.
- Tratando-se de um relato de caso, declaração de consentimento informado assinada pelo doente ou pelo representante legal em caso de menores ou incapazes, que motivou o relato de caso. (Anexo III).
- Havendo fotografia de doente(s), declaração de consentimento informado assinada pelo doente fotografado ou representante legal (Anexo III).



- Em qualquer situação cuja publicação de informação clínica suscite dúvidas do ponto de vista ético deverá ser solicitado parecer a uma Comissão de Ética.
- Cópias de quaisquer autorizações para reproduzir material já publicado, para utilizar figuras ou relatar informação pessoal sensível de pessoas identificáveis.

7. TRATAMENTO EDITORIAL

Os textos recebidos são submetidos a um processo de validação administrativa; os artigos que não obedecem à organização científica e à organização formal expostas nestas normas não serão aceites nem apresentados ao Conselho Editorial, sendo automático o processo de devolução.

Os textos que estejam de acordo com as normas são identificados por um número comunicado aos autores, que deve ser referido em toda a correspondência com a revista. Será considerada como data de receção do artigo o último dia de receção da versão eletrónica do artigo e dos anexos necessários. Os artigos aceites serão distribuídos a um editor responsável, que fará uma apreciação sumária e apresentará o artigo em reunião do Conselho Editorial. Os artigos que não estejam relacionados com a missão da revista (o desenvolvimento da especialidade de medicina geral e familiar ou a melhoria dos cuidados de saúde primários) serão recusados.

Os artigos que estejam de acordo com as normas e que se enquadrem na missão da revista entrarão num processo de revisão por pares. Aos revisores será pedida a apreciação crítica de artigos submetidos para publicação. Essa avaliação incluirá as seguintes áreas: atualidade, fiabilidade científica, importância clínica e interesse para publicação do texto. De forma a garantir a isenção e imparcialidade na avaliação, os artigos serão enviados aos revisores sem a identificação dos respetivos autores e cada artigo será apreciado por dois ou mais revisores. Caso exista divergência de apreciação entre revisores, os editores poderão convidar um terceiro revisor. A decisão final sobre a publicação será tomada pelos editores com base nos pareceres dos revisores. As diferentes apreciações dos revisores serão integradas pelo editor responsável e comunicadas aos autores. Os autores não terão conhecimento da identidade ou afiliação dos revisores ou do editor responsável.

A decisão relativa à publicação pode ser no sentido da recusa, da publicação sem alterações ou da publicação

após modificações. Neste último grupo, os artigos, após a realização das modificações propostas, serão reapreciados pelos revisores originais do artigo. Desta reapreciação resultará uma apreciação final por parte do editor responsável e a decisão de recusa ou de publicação, da qual os autores serão informados.

8. CEDÊNCIA DE DIREITOS DE AUTOR

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.
- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2010;26(3):325-40.
2. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2015;31(1):64-76.
3. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals [Internet]. ICMJE; 2013 [updated 2014 Dec; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.icmje.org>
4. Committee on Publication Ethics. Best practice guidelines for journal editors [Internet]. COPE; 2014. Available from: <http://publicationethics.org/>
5. Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, Montenegro M, Sousa JC. Requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas: escrever e editar para publicação biomédica. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23(6):778-98.
6. The EQUATOR Network. Enhancing the quality and transparency of health research [Internet]. Oxford: Minervation; 2014 [cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
7. US National Library of Medicine. Medical subject headings [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 1999-2014 [updated 2014 Sep 08; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>
8. BIREME. Descritores em ciências da saúde (DeCS) [Internet]. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde; 1999-2014 [updated 2014 Mar; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://decs.bvs.br/>
9. Biblioteca Nacional. PORBASE: base nacional de dados bibliográficos [Internet]. Lisboa: Biblioteca Nacional; 1998-2015 [cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://porbase.bnportugal.pt/>
10. Patrias K, Wendling D. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Bethesda (MD): National Library of Medicine; 2007 [updated 2011 Sep 15; cited 2015 Feb 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9.
12. Schulz KF, Altman DG, Moher D, CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. *BMJ*. 2010;340:c332.
13. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Glasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD Initiative, standards for reporting of diagnostic accuracy. *Clin Chem*. 2003;49(1):1-6.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
15. Davidoff F, Batalden P, Stevens D, Ogrinc G, Mooney S. Publication Guidelines for Quality Improvement Studies in Health Care: evolution of the SQUIRE Project. *J Gen Intern Med*. 2008;23(12):2125-30.
16. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Glob Adv Health Med*. 2013;2(5):38-43.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1006-12.
18. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting, meta-analysis of observational studies in epidemiology (MOOSE) group. *JAMA*. 2000;283(15):2008-12.
19. Riley RD, Lambert PC, Abo-Zaid G. Meta-analysis of individual participant data: rationale, conduct, and reporting. *BMJ*. 2010;340:c221.
20. Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write an evidence-based clinical review article. *Am Fam Physician*. 2002;65(2):251-8.



ANEXO I

FORMULÁRIO PARA OS AUTORES

O seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento, devidamente preenchido e assinado. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Leia atentamente as secções que o compõem e, em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.² Cada um dos autores tem de preencher e assinar uma cópia deste formulário.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____

☐ Sou o autor responsável pela correspondência com a RPMGF acerca do manuscrito.

☐ Autorizo o autor _____ a efetuar em meu nome a correspondência com a RPMGF acerca do manuscrito.

AUTORIA

Declaro que:

- ☐ Efetuei contribuições substanciais para a conceção e delineamento, recolha de dados ou análise e interpretação dos dados.
- ☐ Participei na redação ou revisão crítica do artigo no que respeita a conteúdo intelectualmente importante.
- ☐ Revi a versão final do manuscrito e aprovo a sua publicação.

Por favor redija uma descrição sucinta do seu contributo para o presente trabalho:

OUTRAS CONTRIBUIÇÕES (a preencher pelo autor responsável pela correspondência)

- ☐ Todas as pessoas ou entidades que deram contributos importantes para o trabalho relatado no manuscrito (incluindo a sua escrita), mas que não são mencionadas como autores, estão identificadas na secção agradecimentos.
- ☐ O manuscrito não inclui uma secção de agradecimentos porque os autores não receberam contributos importan-

tes por parte de outras pessoas ou entidades (bolsas de investigação).

FINANCIAMENTO

- ☐ Este trabalho foi financiado na sua totalidade ou em parte por pessoas ou entidades que não os autores (por favor descreva o financiamento – pode utilizar uma folha separada se necessário):

- ☐ O trabalho relatado neste manuscrito não foi objeto de qualquer tipo de financiamento externo (incluindo bolsas e investigação).

CONFLITO DE INTERESSES

Verifique se alguma das condições abaixo lhe é aplicável:

- ☐ Nos últimos cinco anos recebi algum incentivo de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- ☐ Nos últimos cinco anos fui empregado de uma organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- ☐ Detenho alguma forma de participação numa organização que pode de alguma forma ganhar ou perder com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- ☐ A minha instituição académica ou empregador tem algum interesse ou conflito relacionado com os resultados ou conclusões do manuscrito.
- ☐ Tenho relações pessoais ou profissionais podem influenciar os resultados ou conclusões do manuscrito.

Caso tenha assinalado algum dos itens anteriores ou entenda que existe outro potencial conflito de interesses, por favor redija uma declaração de conflito de interesses a ser publicada juntamente com o artigo:



Se entender que não existe um potencial conflito de interesses relativamente ao presente manuscrito, assinale:

☐ Declaro não possuir qualquer tipo de conflito de interesses.

CEDÊNCIA DE DIREITOS

Os autores concedem à RPMGF o direito exclusivo de publicar e distribuir em suporte físico, eletrónico, por meio de radiodifusão ou em outros suportes que venham a existir o conteúdo do manuscrito identificado nesta declaração. Concedem ainda à RPMGF o direito a utilizar e explorar o presente manuscrito, nomeadamente para ceder, vender ou licenciar o seu conteúdo. Esta autorização é permanente e vigora a partir do momento em que o manuscrito é submetido, tem a duração máxima permitida pela legislação portuguesa ou internacional aplicável e é de âmbito mundial. Os autores declaram ainda que esta cedência é feita a título gratuito. Caso a RPMGF comunique aos autores que decidiu não publicar o seu manuscrito, a cedência exclusiva de direitos cessa de imediato.

Os autores autorizam a RPMGF (ou uma entidade por esta designada) a atuar em seu nome quando esta considerar que existe violação dos direitos de autor.

Os autores têm direito a:

- Reproduzir um número razoável de cópias do seu trabalho em suporte físico ou digital para uso pessoal, profissional ou para ensino, mas não para uso comercial (incluindo venda do direito a aceder ao artigo).
- Colocar no seu sítio da internet ou da sua instituição uma cópia exata em formato eletrónico do artigo publicado pela RPMGF, desde que seja feita referência à sua publicação

na RPMGF e o seu conteúdo (incluindo símbolos que identifiquem a RPMGF) não seja alterado.

- Publicar em livro de que sejam autores ou editores o conteúdo total ou parcial do manuscrito, desde que seja feita referência à sua publicação na RPMGF.
- Receber, até cinco anos após a publicação, 10% do valor pago por uma entidade terceira à RPMGF pela reprodução em separado do seu artigo, quando esse valor for superior a 1.500 euros.

Os autores aceitam que, em caso de conflito, a resolução deste acordo será feita em Portugal e de acordo com a legislação portuguesa aplicável.

☐ Declaro que li e aceito as condições acima referidas.

AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Declaro que autorizo a publicação do artigo junto, com o título _____

do qual sou autor. Declaro ainda que o presente artigo é original, não foi objeto de qualquer outro tipo de publicação, nem foi proposto simultaneamente para publicação em outras revistas ou jornais. Declaro também que li o presente formulário e a informação que forneço é completa e verdadeira. Declaro ainda que detenho os direitos de propriedade e/ou de utilização de todo o material incluído no manuscrito (incluindo ilustrações) que cedo à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, de acordo com os termos constantes neste documento.

Local: _____ Data: __/__/____

Assinatura: _____

ANEXO II FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

No caso de se tratar de um estudo original, o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento e a cópia do parecer da Comissão de Ética. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.² Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor: _____

Título do manuscrito: _____



DECLARAÇÃO DE CONDUTA ÉTICA

Declaro que o protocolo do presente estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética _____

que deu parecer favorável à sua realização e que este estudo

decorreu de acordo com os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia.

Local: _____ Data: __/__/____

Assinatura: _____

ANEXO III DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No caso de se tratar de um relato de caso e/ou havendo fotografia(s) de doente(s), o seu manuscrito deve ser acompanhado por este documento. Sem ele, o artigo não será aceite para apreciação. Em caso de dúvida, consulte as normas para apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.² Este formulário necessita apenas de ser preenchido pelo autor responsável pela correspondência com a revista.

IDENTIFICAÇÃO

Nome do autor correspondente: _____

Nome da pessoa descrita no artigo ou mostrada na fotografia: _____

Assunto da fotografia ou do artigo: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____

[coloque o nome completo] dou o meu consentimento para que estas informações sobre A MINHA PESSOA/MEU(MINHA) FILHO(A) OUTUTELADO/FAMILIAR [marque a descrição correta], relativas ao assunto supracitado, apareçam na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (RPMGF), uma publicação da Associação Portuguesa de Médicos de Medicina Geral e Familiar (APMGF). Vi e li o material a ser submetido à Revista.

Compreendo o seguinte:

(1) As informações serão publicadas sem o meu nome anexo e quer a RPMGF, quer a APMGF farão o melhor possível para assegurar o meu anonimato. Compreendo, no entanto, que o anonimato completo não pode ser garantido. É possível que alguém, em algum lugar, me possa identificar (talvez, e.g., alguém que cuidou de mim se fiquei internado no hos-

pital ou algum dos meus familiares).

(2) O texto do artigo será revisto com relação ao estilo de redação, gramática, coerência e extensão.

(3) As informações podem ser publicadas na RPMGF, que é distribuída principalmente a médicos, mas também pode ser vista por pessoas leigas.

(4) As informações também serão colocadas no sítio da internet da RPMGF.

(5) As informações também podem ser usadas por completo ou em parte em outras publicações e produtos publicados pela Associação Portuguesa de Médicos de Medicina Geral e Familiar (APMGF) ou por outras editoras para as quais a APMGF licencie o seu conteúdo. Isto inclui publicações impressas, em formatos eletrónicos ou quaisquer outros formatos que possam ser usados pela APMGF ou seus licenciados, agora ou no futuro. Em especial, as informações podem aparecer em edições locais da RPMGF ou em outros periódicos ou publicações estrangeiras.

(6) A APMGF não permitirá o uso das informações em propagandas ou embalagens ou que estas sejam usadas fora de contexto.

(7) Poderei revogar o meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas, uma vez que as informações tenham sido comprometidas para publicação, não será mais possível revogar o consentimento.

Local: _____ Data: //____

Assinatura: _____